

ALLEGATO 2

Al Direttore del MASTER di
Accessi Vascolari: Management ed Impianti in
Ambito Ospedaliero e Domiciliare
Sapienza Università di Roma
Facoltà di Medicina e Odontoiatria
Dipartimento Scienze Chirurgiche

Oggetto: Informazioni di cui all'art. 15, c.1, lett. c) del D. Lgs. 33/2013 (Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni) e di cui all'art. 53, comma 14, del D.Lgs. 165/01 e ss.mm.ii.

Dichiarazioni sostitutive ai sensi del D.P.R. n. 445/2000 e ss.mm.ii.

Con la presente io sottoscritto **Fabio Conti**..... nato il **06 luglio 196**... a ...**Roma**.....(prov.

...**Roma**...) in qualità di **Docente** per le finalità dei DD.LLGGSS. citati in oggetto:

dichiaro

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D. P. R. n. 445/2000, consapevole delle sanzioni penali previste dall'art. 76 del citato testo unico per le ipotesi di falsità in atti e dichiarazioni mendaci ivi indicate,

di non svolgere incarichi, di non rivestire cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione, né di svolgere attività professionali.

ovvero

di svolgere i seguenti incarichi o di rivestire le seguenti cariche presso enti di diritto privato regolati o finanziati dalla pubblica amministrazione ovvero di svolgere le seguenti attività professionali:

l'insussistenza di situazioni di conflitto di interessi, anche potenziale, per gli incarichi di collaborazione e di consulenza, conferiti a soggetti esterni a qualsiasi titolo, sia oneroso che gratuito.

ai sensi degli artt. 46 e 47 del D.P.R. 445/2000, di essere in possesso dei titoli riportati nel curriculum vitae e nella domanda.

Io sottoscritto unisco alla presente la fotocopia del seguente documento di identità:

Carta d'identità.....n. **AV2170429** rilasciato da **COMUNE DI ROMA**....il ...**17 APRILE 2014**.....

Roma 16 Febbraio 2019.

 Firma

(non soggetta ad autentica ai sensi dell'art. 39 del D.P.R. 28.12.2000, n445)